

Cincinnati Health Department وزارة سينسيناتي الصحة  
School and Adolescent Health صحة المدارس و المراهقين  
Consent Form for 2021-2022 Seasonal Influenza Vaccine  
نموذج الموافقة على لقاح الأنفلونزا الموسمية 2021-2022

**COMPLETE THIS FORM ONLY IF YOU WANT YOUR CHILD TO GET THE FLU VACCINE**

**أكمل هذا النموذج فقط إذا كنت ترغب في الحصول على لقاح الإنفلونزا**

**A. SCHOOL NAME/ اسم المدرسة :**

STUDENT NAME (Last) اسم العائلة للطالب	اسم الطالب الأول/ (First)	أول حرف من اسم الأب (M.I.)	GRADE/HR الصف
DATE OF BIRTH تاريخ عيد الميلاد	AGE العمر	GENDER الجنس M / F أنثى / ذكر	RACE العرق
STREET ADDRESS عنوان الشارع	CITY المدينة	STATE الولاية	ZIP رمز البريدي
INSURANCE STATUS / حالة التأمين :			
<input type="checkbox"/> Medicaid/ ميديكيد <input type="checkbox"/> Molina/ مولينا <input type="checkbox"/> No Insurance/ لا يوجد تأمين <input type="checkbox"/> CareSource/ كيرسورس <input type="checkbox"/> Paramount/ برامونت <input type="checkbox"/> Private Insurance/ تأمين خاص <input type="checkbox"/> United Healthcare Community Plan/ خطة مجتمع يوناييتد لرعاية الصحة <input type="checkbox"/> Buckeye/ بكاي			
رقم فواتير التأمين/ Insurance Billing# _____			
رقم فواتير البطاقة الطبية / Medical Card Billing Number# _____			
رقم الضمان الاجتماعي للطفل / Child's SS# _____			
*No student will be denied the flu vaccine due to inability to pay or lack of insurance. لن يتم رفض أي لقاح ضد أي طالب بسبب عدم القدرة على الدفع أو نقص التأمين.			

**B. In order to determine if your child needs a booster dose, please answer this question:**

ب: من أجل تحديد ما إذا كان طفلك يحتاج إلى جرعة منشطة، يرجى الإجابة على هذا السؤال

1. Did your child receive 2 doses of seasonal flu vaccine since July 2010? هل تلقى طفلك جرعتين من لقاح الأنفلونزا الموسمية منذ يوليو 2010؟  
 Yes / نعم  No / لا  Unsure / لست متأكد

**C. Please answer all of the following questions / يرجى الإجابة على جميع الأسئلة التالية :**

YES NO  
نعم لا

1. Is the student sick today with fever or respiratory illness? هل يعاني الطالب اليوم من مرض الحمى أو الجهاز التنفسي؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Does the student have a serious allergy to eggs, thimerosal or another component of the flu vaccine? هل يعاني الطالب من حساسية خطيرة للبيض أو الثيميروسال أو مكون آخر من لقاح الأنفلونزا؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Has the student ever had a serious reaction to a previous dose of flu vaccine? هل كان لدى الطالب أي رد فعل خطير على جرعة سابقة من لقاح الأنفلونزا؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Has the student ever had Guillain-Barré Syndrome (a temporary severe muscle weakness) within 6 weeks after receiving flu vaccine? هل سبق أن عانى الطالب من متلازمة غيلان باري (ضعف عضلي حاد مؤقت) في غضون 6 أسابيع بعد تلقيه لقاح الأنفلونزا؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D. Please answer all of the following questions / يرجى الإجابة على جميع الأسئلة التالية :**

YES NO  
نعم لا

1. Does the student have a long-term health problem with heart disease, lung disease, asthma, kidney disease, neurologic or neuromuscular disease, liver disease, metabolic disease (e.g., diabetes), anemia or another blood disorder? هل يعاني الطالب من مشكلة صحية طويلة المدى من أمراض القلب أو الرئة أو الربو أو أمراض الكلى أو مرض عصبي أو عضلي أو أمراض الكبد أو مرض التمثيل الغذائي (مثل مرض السكري) ، فقر الدم أو اضطراب دموي آخر؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. If the student is between the ages of 2 and 4 years old, in the past 12 months has a health-care provider told you that he or she had wheezing or asthma? إذا كان الطالب يتراوح عمره بين 2 و 4 سنوات ، في الـ 12 شهراً الماضية ، هل أخبرك أحد مقدمي الرعاية الصحية أنه مصاب بالتهاب في التنفس أو الربو؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Does this student have a weakened immune system because of HIV/AIDS or another disease that affects the immune system, long-term treatment with drugs such as high dose steroids, or cancer treatment with radiation or drugs? هل يعاني هذا الطالب من ضعف في جهاز المناعة بسبب فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز أو مرض آخر يؤثر على الجهاز المناعي ، أو علاج طويل الأمد بالعقاقير مثل المنشطات ذات الجرعات العالية ، أو علاج السرطان بالإشعاع أو المخدرات؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Does the person have close contact with someone who needs care in a protected environment (for example, someone who has recently had a bone marrow transplant)? هل لدى الشخص اتصال وثيق مع شخص يحتاج إلى رعاية في بيئة محمية (على سبيل المثال ، شخص خضع لعملية زراعة نخاع العظم مؤخراً)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Is the person on long-term aspirin or aspirin-containing therapy? (For example, does the person take aspirin every day?) هل الشخص يتناول الأسبرين على المدى الطويل أو العلاج المحتوي على الأسبرين؟ (على سبيل المثال ، هل يتناول الشخص الأسبرين كل يوم؟)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is the student receiving anti-viral medications? هل يتلقى الطالب الأدوية المضادة للفيروسات؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the person pregnant or could become pregnant in the next month? هل الشخص حاملاً أو يمكن أن تصبح حاملاً في الشهر القادم؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Has the person received any of the following vaccinations within the past 30 days? MMR, Varicella, or Flu Mist? If yes, give type and date. هل تلقى الشخص أي من التطعيمات التالية خلال الثلاثين يوماً الماضية؟ MMR ، الحمق ، أو ضباب الإنفلونزا؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى ذكر النوع والتاريخ. Recent Vaccinations: _____ Date received: _____ التطعيمات الأخيرة تاريخ الاستلام	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### E. Consent / الموافقة

<p><b>CONSENT FOR VACCINATION / الموافقة على التلقيح :</b></p> <p>I understand I will receive the <b>Flu Vaccine Information Statement</b> and be offered the <b>Cincinnati Health Department Notice of Privacy Practices</b> prior to my child receiving the vaccine.</p> <p>أدرك أنني سأتلقي بيان معلومات لقاح الأنفلونزا وسأستلم إشعار ممارسات إدارة الخصوصية في وزارة الصحة في سينسيناتي قبل تلقي طفلي اللقاح.</p> <p><b>I GIVE CONSENT for the student named at the top of this form to receive the Flu vaccine.</b> أعطي موافقة للطالب المسمى في الجزء العلوي من هذا النموذج لتلقي لقاح الإنفلونزا.</p> <p><b>Signature of Person/Parent/Legal Guardian - توقيع الشخص / ولي الامر / الوصي القانوني -</b> _____ Date / التاريخ: month / الشهر _____ day / اليوم _____ year / السنة _____</p> <p>Print Name of Parent Legal/Guardian طباعة اسم الولي القانوني / الوصي _____</p> <p><b>Parent Cell Phone Number رقم الهاتف الخليوي :</b> _____</p>
---

#### F: Vaccination Record (FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY) / سجل التطعيم (للاستخدام الإداري فقط) :

Vaccine	Date Dose Administered	Route	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administrator
2021 Seasonal Flu	/ /2021	L Arm R Arm <input type="checkbox"/> IM		
Booster Dose	/ /2021	L Arm R Arm <input type="checkbox"/> IM		